

様

「指定訪問介護」「指定相当訪問型サービス」

旭 寿 会 訪 問 介 護 セ ン タ ー
重 要 事 項 説 明 書

旭寿会訪問介護センターは介護保険の指定を受けています。

(介護保険事業所番号 第0470202490号)

令和6年6月1日改定

指定訪問介護・指定相当訪問型サービス
旭寿会訪問介護センター 重要事項説明書

◆◇ 目 次 ◇◆

1. 事業所経営法人	1 ページ
2. 事業所の概要	2 ページ
3. 職員の配置状況等	3 ページ
4. 事業所が提供するサービスと利用料金	3 ページ
5. 緊急時の対応について	11 ページ
6. 相談・苦情等の受付について	12 ページ
7. 事故の対応と損害賠償責任について	12 ページ
8. サービスのご利用に関する留意点	12 ページ

注) 特に注意書きがない箇所については、訪問介護サービス（要介護1～5）と指定相当訪問型サービス（要支援1・2及び介護予防・生活支援サービス事業対象者）を含んだものとなっております。

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 旭壽会きよくじゅかい
- (2) 法人所在地 宮城県石巻市北村字幕ヶ崎一 1 7 番地 2
- (3) 電話番号 0 2 2 5 - 7 3 - 2 3 2 3
- (4) 代表者名 理事長 菅野 隆かんの たかし
- (5) 設立年月日 平成 3 年 1 0 月 2 5 日

(6) 経営事業

河南第 1 事業所（宮城県石巻市北村字幕ヶ崎一 1 7 番地 2）

- 特別養護老人ホーム一心苑
指定介護老人福祉施設
指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護

河南第 2 事業所（宮城県石巻市北村字庵ノ窪 1 番地 1）

- 一心苑デイサービスセンター
指定通所介護
指定相当通所型サービス（石巻市、東松島市、登米市）
- 旭寿会訪問介護センター
指定訪問介護
指定相当訪問型サービス（石巻市、東松島市、登米市）
- 旭寿会ケアサポートセンター
指定居宅介護支援
- シニアホームかなん
サービス付き高齢者向け住宅

雄勝事業所（宮城県石巻市雄勝町小島字和田 1 2 3 番地）

- 特別養護老人ホーム雄心苑
指定介護老人福祉施設
指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護
障害福祉サービス事業（短期入所）
- 石巻市雄勝デイサービスセンター
指定地域密着型通所介護、指定相当通所型サービス（石巻市）
- 石巻市雄勝地域包括支援センター
地域包括支援センター
指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメント（石巻市）

牡鹿事業所（宮城県石巻市鮎川浜清崎山 7 番地）

- 特別養護老人ホームおしか清心苑
指定介護老人福祉施設
指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護
- 清優館デイサービスセンター
指定地域密着型通所介護、指定相当通所型サービス（石巻市）
- 石巻市牡鹿地域包括支援センター
地域包括支援センター
指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメント（石巻市）

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 ①指定訪問介護事業所
②指定相当訪問型サービス（石巻市、東松島市、登米市）
- (2) 事業の目的
①指定訪問介護は、介護保険法令に従い、ご利用者（ご契約者）がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、ご利用者を居宅等にて介護しているご家族等の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、訪問介護サービスを提供します。
②指定訪問介護相当サービスは、介護保険法令に従い、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」ご利用者（ご契約者）がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、ご利用者を居宅等にて介護しているご家族等の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、ご利用者（ご契約者）の状態に即した自立支援と「目標志向型」のサービスを提供します。
- (3) 施設の名称 旭寿会訪問介護センター
- (4) 施設所在地 宮城県石巻市北村字庵ノ窪1番地1
- (5) 電話番号 0225-73-2016
- (6) 所長名 所長 鈴木 健太
- (7) 運営方針
①事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
②指定訪問介護事業所の訪問介護員等は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう訪問介護計画を作成し、計画に沿って、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。
③指定相当訪問型サービス事業所の訪問介護員等は、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、介護予防訪問介護計画を作成し、計画に沿って、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。
④事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月日 平成25年9月15日（指定年月日 平成25年9月15日）
- (9) 営業日 毎日
- (10) 休日 なし
- (11) 営業時間 午前7時～午後7時

(12) 併設事業所にて行う他の事業

①一心苑デイサービスセンター

- ・指定通所介護

宮城県 第0470202508号 平成25年9月15日指定

- ・指定相当通所型サービス（石巻市、東松島市、登米市）

第0470202508号 平成30年4月1日指定

②旭寿会ケアサポートセンター

- ・指定居宅介護支援

宮城県 第0470200775号 平成12年4月1日指定

③シニアホームかなん

- ・サービス付き高齢者向け住宅

第 宮 1 2 0 2 5 号 平成24年11月26日登録

(13) 宮城県指定福祉サービス第三者評価機関による第三者評価の受診状況

実績なし

3. 職員の配置状況等

当事業所では、ご利用者に対して指定訪問介護サービス及び指定相当訪問型サービスを提供する職員として、指定基準を遵守した以下の職種の職員を配置しています。

<職員の配置状況>

(単位：人)

職 種	実人数	常勤換算後の人数	指定基準
1. 所長（管理者） ※併設事業所所長等を兼務	1	0.1	(1)
2. サービス提供責任者	1	1.0	2.5
3. 訪問介護員	5	2.4	
合 計	7	3.5	

注1) 指定基準数は、指定訪問介護及び指定訪問介護相当サービスの1か月あたりの利用者数40人以下に対してのものです。

注2) 常勤換算とは、職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を、当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

（例）週20時間勤務のパート介護職員が3名いる場合、常勤換算では1.5名となります。

式：20時間÷40時間×3名＝1.5名（小数点第1位以下を切り捨て）

注3) 実人数の（ ）内の数字は兼務する者の人数で、実人数の合計から差し引かれます。

4. 事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第6条参照）

当事業所では、ご利用者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。その利用料金について、（1）介護保険の給付等の対象となるサービス、（2）介護保険の給付等の対象とならないサービスの2種類があります。

(1) 介護保険の給付等の対象となるサービス

以下のサービスは、利用料金の9割から7割が介護保険又は第一号事業支給費から給付されます。ご利用されるサービスの利用料金から、介護保険給付等の額を除いた金額(=自己負担額)をお支払い下さい。自己負担額は「介護保険負担割合証」にもとづく負担割合に応じて異なります。

■サービスの概要

①身体介護

- *入浴介助 ~ 入浴の介助を行います。入浴が困難な方は体を拭く清拭等に対応します。
- *排泄介助 ~ 排泄の介助、おむつ交換を行います。
- *食事介助 ~ 食事の介助を行います。
- *体位変換 ~ 体位の変換を行います。
- *通院介助 ~ 通院の介助を行います。

②生活援助

- *調理 ~ ご利用者の食事の用意を行います。ご家族分は行いません。
- *洗濯 ~ ご利用者の衣類等の洗濯を行います。ご家族分は行いません。
- *掃除 ~ ご利用者の居室の掃除を行います。ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。
- *買物 ~ ご利用者の日常生活に必要な物品の買物を行います。預貯金の引き出しや預け入れは行いません。

■通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、石巻市全域とします。

指定訪問介護 ※要介護1～5の方

■体制等状況一覧

<input type="checkbox"/> 地域区分	その他
<input type="checkbox"/> 割引	なし
<input type="checkbox"/> 施設等の区分	身体介護、生活援助
<input type="checkbox"/> その他該当する体制等	
・定期巡回・随時対応サービス	指定なし
・高齢者虐待防止措置実施の有無	基準型
・業務継続計画策定の有無	基準型
・特定事業所加算	加算Ⅱ(10%加算)
・共生型サービスの提供	なし
・同一建物減算(10%減算)	※シニアホームかなんご入居者に適用
・同一建物減算(12%減算)	※シニアホームかなんご入居者へのサービス提供回数が全体の9割以上となった場合に適用
・特別地域加算	なし
・中山間地域等における小規模事業所加算	非該当
・口腔連携強化加算	なし
・認知症専門ケア加算	なし
・介護職員等処遇改善加算	加算Ⅰ(24.5%加算)

■サービス利用料金（令和6年6月1日改定）

それぞれのサービスについて、平常の営業時間内（午前8時から午後6時）での利用料金は次のとおりです。

□基本サービス料金

ア. 1割負担の方（1回につき）

身 体 介 護	サービスに要する 時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上 (30分増す毎に)
	1. 基準費用額		1,630円	2,440円	3,870円	5,670円
2. うち、介護保険から 給付される金額		1,467円	2,196円	3,483円	5,103円	738円
3. サービス利用に係る 自己負担（1－2）		163円	244円	387円	567円	82円
生 活 援 助	サービスに要する 時間		20分以上 45分未満	45分以上		
	4. 基準費用額		1,790円	2,200円		
	5. うち、介護保険から 給付される金額		1,611円	1,980円		
	6. サービス利用に係る 自己負担（4－5）		179円	220円		
身 体 介 護 に 引 き 続 き 生 活 援 助 を 行 う 場 合	サービスに要する 時間		20分以上 45分未満	45分以上 70分未満	70分以上	
	7. 基準費用額		650円	1,300円	1,950円	
	8. うち、介護保険から 給付される金額		585円	1,170円	1,755円	
	9. サービス利用に係る 自己負担（7－8）		65円	130円	195円	

イ. 2割負担の方（1回につき）

身 体 介 護	サービスに要する 時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上 (30分増す毎に)
	1. 基準費用額		1,630円	2,440円	3,870円	5,670円
2. うち、介護保険から 給付される金額		1,304円	1,952円	3,096円	4,536円	656円
3. サービス利用に係る 自己負担（1－2）		326円	488円	774円	1,134円	164円
生 活 援 助	サービスに要する 時間		20分以上 45分未満	45分以上		
	4. 基準費用額		1,790円	2,200円		
	5. うち、介護保険から 給付される金額		1,432円	1,760円		
	6. サービス利用に係る 自己負担（4－5）		358円	440円		
身 体 介 護 に 引 き 続 き 生 活 援 助 を 行 う 場 合	サービスに要する 時間		20分以上 45分未満	45分以上 70分未満	70分以上	
	7. 基準費用額		650円	1,300円	1,950円	
	8. うち、介護保険から 給付される金額		520円	1,040円	1,560円	
	9. サービス利用に係る 自己負担（7－8）		130円	260円	390円	

ウ. 3割負担の方（1回につき）

身 体 介 護	サービスに要する 時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上 (30分増す毎に)
	1. 基準費用額	1,630円	2,440円	3,870円	5,670円	820円
	2. うち、介護保険から 給付される金額	1,141円	1,708円	2,709円	3,969円	574円
	3. サービス利用に係る 自己負担（1－2）	489円	732円	1,161円	1,701円	246円
生 活 援 助	サービスに要する 時間		20分以上 45分未満	45分以上		
	4. 基準費用額		1,790円	2,200円		
	5. うち、介護保険から 給付される金額		1,253円	1,540円		
	6. サービス利用に係る 自己負担（4－5）		537円	660円		
身 体 介 護 に 引 き 続 き 生 活 援 助 を 行 う 場 合	サービスに要する 時間		20分以上 45分未満	45分以上 70分未満	70分以上	
	7. 基準費用額		650円	1,300円	1,950円	
	8. うち、介護保険から 給付される金額		455円	910円	1,365円	
	9. サービス利用に係る 自己負担（7－8）		195円	390円	585円	

注1) 特定事業所加算Ⅱとして、上記の基準費用額に10%の料金が加算されます。

注2) シニアホームかなんにお住いの方は、同一建物減算として上記の基準費用額に特定事業所加算Ⅱの加算率を加えた金額から10%の料金が減算されます。

注3) シニアホームかなんにお住いの方へのサービス提供回数がご利用者全体の9割以上となった場合は、上記の基準費用額に特定事業所加算Ⅱの加算率を加えた金額から12%の料金が減算されます。この場合、注2の10%の減算は適用されません。

□加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の1割から3割をご負担いただきます。

ア. 初回加算 1月につき200円（2割負担:400円、3割負担:600円）

新規に訪問介護計画を作成したご利用者に対して、サービス提供責任者が、初回若しくはその月に自ら訪問介護を行う場合、又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合に、加算をいただきます。

イ. 緊急時訪問介護加算 1回につき100円（2割負担:200円、3割負担:300円）

ご利用者やそのご家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合に加算をいただきます。

□介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

上記の基本サービスと加算対象サービスの月額合計に24.5%の料金が上乗せとなります。

- 注1) 「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。
- 注2) 上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて、介護給付費体系により計算されます。
- 注3) 「20分未満の身体介護」は、前回提供した訪問介護から2時間以上の間隔を空けた場合に提供可能となります。
- 注4) 平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。
- ・早朝（午前6時から午前8時まで）：25%
 - ・夜間（午後6時から午後10時まで）：25%
 - ・深夜（午後10時から午前6時まで）：50%
- 注5) 2人の訪問介護員が、共同でサービスを行う必要がある場合は、ご利用者の同意の上で、通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。
- (例) ・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
- ・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合
- 注6) ご利用者が、まだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 注7) 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

指定相当訪問型サービス

※要支援1・2又は介護予防・生活支援サービス事業対象者の方

■体制等状況一覧

- | | | |
|-------------------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> 地域区分 | その他 | |
| <input type="checkbox"/> 割引 | なし | |
| <input type="checkbox"/> その他該当する体制等 | | |
| ・特別地域加算 | | なし |
| ・中山間地域等における小規模事業所加算（地域） | | なし |
| ・中山間地域等における小規模事業所加算（規模） | | なし |
| ・高齢者虐待防止措置実施の有無 | | 基準型 |
| ・業務継続計画策定の有無 | | 基準型 |
| ・生活機能向上連携加算 | | なし |
| ・口腔連携強化加算 | | なし |
| ・同一建物減算（10%減算） | ※シニアホームかなんご入居者に適用 | |
| ・同一建物減算（12%減算） | ※シニアホームかなんご入居者へのサービス提供回数が全体の9割以上となった場合に適用 | |
| ・介護職員等処遇改善加算 | | 加算Ⅰ（24.5%加算） |

■サービス利用料金（令和6年6月1日改定）

それぞれのサービスについての利用料金は次のとおりです。

□基本サービス

介護予防支援計画又は介護予防サービス計画において位置づけられた支給区分によって、次のとおりとなります。

① 1週当たりの標準的な回数を定める場合

支給区分（頻度）		1週に1回程度	1週に2回程度	1週に2回を超える程度
1. 基準費用額（月額）		11,760円	23,490円	37,270円
1割負担	2. うち、介護保険等から給付される金額	10,584円	21,141円	33,543円
	3. サービス利用に係る自己負担（1－2）	1,176円	2,349円	3,727円
2割負担	4. うち、介護保険等から給付される金額	9,408円	18,792円	29,816円
	5. サービス利用に係る自己負担（1－4）	2,352円	4,698円	7,454円
3割負担	6. うち、介護保険等から給付される金額	8,232円	16,443円	26,089円
	7. サービス利用に係る自己負担（1－6）	3,528円	7,047円	11,181円

注）利用料金は、月毎の定額制となっておりますが、月の途中で要支援認定に区分変更等が生じた場合等は日割り計算を行います。

②日割りの場合（1日につき）

支給区分（頻度）		1週に1回程度	1週に2回程度	1週に2回を超える程度
1. 基準費用額（月額）		390円	770円	1,230円
1割負担	2. うち、介護保険等から給付される金額	351円	693円	1,107円
	3. サービス利用に係る自己負担（1－2）	39円	77円	123円
2割負担	4. うち、介護保険等から給付される金額	312円	616円	984円
	5. サービス利用に係る自己負担（1－4）	78円	154円	246円
3割負担	6. うち、介護保険等から給付される金額	273円	539円	861円
	7. サービス利用に係る自己負担（1－6）	117円	231円	369円

注1）シニアホームかなんにお住いの方は、同一建物減算として上記の基準費用額から10%の料金が減算されます。

注2）シニアホームかなんにお住いの方へのサービス提供回数をご利用者全体の9割以上となった場合は、上記の基準費用額から12%の料金が減算されます。この場合、注1の10%の減算は適用されません。

□加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の1割から3割を追加料金としてご負担いただきます。

初回加算 1か月につき200円（2割負担:400円、3割負担:600円）

新規に訪問介護計画を作成したご利用者に対して、サービス提供責任者が、初回若しくはその月に自ら訪問介護を行う場合、又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合に、加算をいただきます。

□介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

上記の基本サービスと加算対象サービスの月額合計に24.5%の料金が上乗せとなります。

（2）介護保険の給付等の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

■サービス利用料金

①介護保険給付等の支給限度額を超えるサービス

指定訪問介護又は指定相当訪問型サービスの料金表に掲げる「基準費用額」の全額に、ご利用された頻度、加算、減算を反映した金額をお支払いいただきます。

②複写物（コピー）の交付

ご利用者及びご家族等は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

利用料金：1枚あたり10円

③交通費

通常の事業の実施地域を越えて当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

なお、当事業所の自動車を使用した場合の交通費は、次の額とします。

事業の実施地域を越えてから、1kmにつき80円

④水道光熱費・通信費

ご利用者は、居宅において訪問介護員がサービスを実施するために使用する水道、ガス、電気、電話の費用をご負担いただきます。

（3）利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）～（2）のサービス利用料金を1か月ごとに計算し、当月の合計額の請求書に明細を付して、概ね翌月15日頃までにご利用者にお渡しします。

ご利用者は、この請求書に基づき、当月のサービス利用料金の合計額を、翌月の末日までに、次のいずれかの方法で事業者にお支払い下さい。

①事業者が指定する郵便局の振替払込請求書でのお支払い（手数料は事業者負担）

②ご利用者等の郵便局口座からの自動払い込み（自動引き落とし）

6. 相談・苦情等の受付について（契約書第16条参照）

（1）訪問介護における相談・苦情の受付

サービスに対する相談や苦情等は以下の窓口と担当者が受け付けます。

■苦情受付窓口 担当者 サービス提供責任者 ^{あべ}阿部 ^{まさき}政貴
電話番号 0225-73-2016
受付時間 毎日8:00～18:00

注）担当者が不在の場合は、他職員が責任を持って対応いたします。

（2）その他の相談・苦情受付機関

石巻市役所本庁 保健福祉部 介護福祉課	所在地 〒986-8501 石巻市穀町4番1号 TEL 0225-95-1111（代表） FAX 0225-92-5791 受付時間 8:30～17:00
---------------------------	--

注）上記以外に、ご利用者の保険者である各市町村ならびに国民健康保険団体連合会等でも受付しています。

7. 事故の対応と損害賠償責任について

（1）事業所における事故等の対応について

事業者は、提供するサービスの実施中に事故が生じた場合には、速やかにご利用者の家族、市町村、担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）等に連絡して必要な措置を講じます。

（2）損害賠償責任について（契約書第11条参照）

事業者は、提供するサービスの実施にともなって、事業者の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務（契約書第10条）に違反した場合も同様とし、事業者は損害賠償責任を速やかに履行します。ただし、ご利用者に故意又は過失が認められる場合にはご利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、損害賠償額を減じることができます。

8. サービスのご利用に関する留意点

（1）ご利用の要件

- ①当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果、要支援または要介護と認定された方、又は介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリスト該当者（事業対象者）が対象となります。非該当（自立）の方は利用できません。
- ②訪問介護センターは、医療機関ではありませんので、ご利用中に特別な医療行為を必要とされる方についてはご相談ください。また、ご利用者が利用開始後に伝染病疾患を有していることが判明し、感染予防上の対応が困難な疾患の内容や状態である場合は、ご利用を中止していただく場合があります。
- ③著しい問題行動等がある場合で、通常の介護方法ではそれを防ぐことができないと判断される場合は、ご利用をお断りする場合があります。

- ④事業所では、原則としてご利用者宅の鍵のお預かりはいたしません。鍵の取り扱いについては、ご利用者又はそのご家族とご相談させていただきます。
- ⑤従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

(2) ご利用のお申し込み

ご利用のお申し込みは、要介護1～5の方は担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）へ、要支援1、2の方と介護予防・生活支援サービス事業対象者の方は地域包括支援センターへお申し込みください。

(3) 診断書の提出

- ①ご利用に際し、原則として健康診断書の提出は不要です。ただし、ご利用前の実態調査時、又はご利用当日に、感染症（結核、疥癬、インフルエンザ、ノロウイルス、新型コロナウイルス等）の発症が疑われる場合には、医療機関にて、その症状についての検査を受けていただく場合があります。また、結核の既往歴のある方で、義務づけられている年1回の結核検診を過去1年間受けていない方については、発病が疑われる症状が出ていない場合でも医療機関にて検査を受けていただきます。なお、当該検査費用は、原則としてご利用者の負担となります。
- ②病院等から退院後、すぐに利用される場合は、入院先の医師の紹介状や看護サマリー（要約）を提出していただきます。

(4) 介護認定等調査資料の提供

ご利用の可否の判断並びにご利用中の介護サービス計画作成のための参考資料として、事業者は、ご利用者の介護認定調査資料（主治医意見書等）や利用者基本情報等の写しを、ご利用者の居住する市町村や地域包括支援センターより取り寄せることができることとします。

(5) 他関係サービス機関からの情報収集

事業者は、ご利用者へのサービス提供にあたって特に必要と思われる場合は、ご利用者が利用されている他の居宅介護サービス事業所やかかりつけ医から、必要な情報を聞き取ることができることとします。

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）の規定に基づき、利用申込者またはその家族へ重要事項説明のため作成したものです。

私は、訪問介護サービス及び指定相当訪問型サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

<住 所> 宮城県石巻市北村字庵ノ窪 1 番地 1

<事業者> 旭寿会訪問介護センター

<代表者> 所 長 鈴木 健太

説明者 職名 _____ 氏名 _____ ㊟

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問介護サービス及び指定相当訪問型サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者 住 所 _____
(ご契約者) _____

氏 名 _____ ㊟

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

ご契約者の家族等 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

※署名代行者と同じ場合は同上とご記入ください